横浜市青葉区「医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会」

～地域包括ケア「あおばモデル」構築へ向けて～

－ 初年度（第1フェーズ）の部会開催概要と今後の展望に関わる報告書 －

目次

I. ケア部会（第1フェーズ）の概要

- 2013年9月で初年度第1フェーズを終了したケア部会の設置目的・位置づけ、参画主体、開催日程と当日の討議テーマをご説明します。

II. 2025年の青葉区在宅ケア需要の予測

III. ケア部会の主要検討事項

IV. 第2フェーズ以降の展開と、現時点での総括

「医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会（略称：ケア部会）」とは？

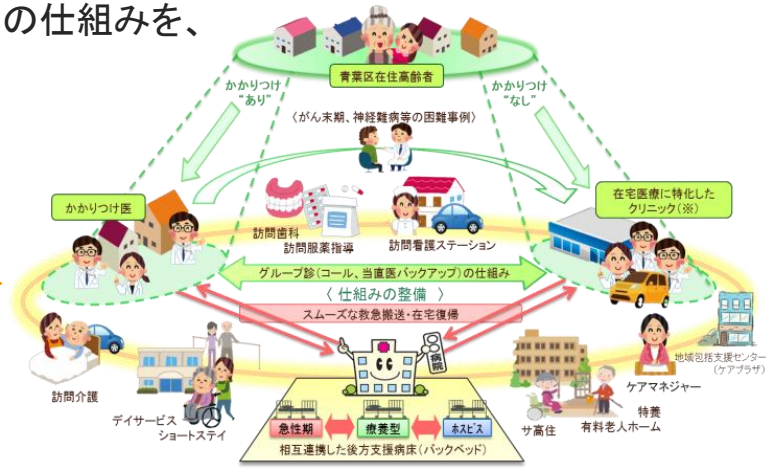
◆ ケア部会とは、横浜市青葉区において、

- **高齢者が住み慣れた地域で、安心して、自分らしく**生活を送ることができる、
- **在宅医療と介護が連携**した地域包括ケアシステムの仕組み（※）を、
- **地域の実情**に沿いながら**医療・介護関係者と行政が連携**して構築していくことを目的に、

2012年11月に発足した定期開催型（初年度）の部会です。

（※）ケア部会が構築を目指す医療・介護連携の地域包括ケアシステムの仕組みを、
ケア部会では**“地域包括ケア「あおばモデル」”**と呼んでいます。

部会開催中の様子
＠青葉区医師会館



「あおばモデル」のイメージ図（詳細はpp21）

※部会設置の背景
2012年4月に横浜市と東京急行電鉄株式会社（以下、「東急電鉄」）の間で、横浜市内の東急田園都市線沿線エリアの郊外住宅地の少子高齢化、住宅やインフラの老朽化、コミュニティの希薄化等の課題への対応策を検討する「次世代郊外まちづくり」の推進に関する協定が締結されました。「次世代郊外まちづくり」内には上記の郊外住宅地における各種課題を専門的集中的に検討する「暮らしのインフラ検討部会」が複数設置され、ケア部会はその部会の一つとして「次世代郊外まちづくり」プロジェクト内に位置づけられています。

ケア部会の構成図と参画主体

- ケア部会（隔月開催）の合間に、具体的検討の場としてWGを設置、交互に毎月開催することで部会を推進しました。
- アドバイザリーとして、柏市で在宅ケアシステムの整備を推進している東大IOGに参画頂きました。

全体方向性確認、
及び医療・介護連携を議論

ケア部会

■「医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会」（略称：ケア部会）の参画主体

青葉区医師会、歯科医師会、薬剤師会	区内病院 （市ヶ尾カリヨン病院、青葉さわい病院、横浜総合病院）
青葉区メディカルセンター	
ねっとわーく青葉の介護事業者各連絡会 • 青葉区ケアマネージャー連絡会 • 青葉区訪問看護連絡会 • 青葉区訪問介護連絡会 • 青葉区通所介護連絡会	社会福祉法人　中川徳生会、緑成会
	事務局 青葉区福祉保健センター、横浜市健康福祉局 ㈱東急電鉄、㈱メディヴァ

進捗確認　報告　（月1回の交互開催による推進）

【アドバイザリー】 東京大学 高齢社会総合研究機構（東大IOG）

在宅WG

在宅医療の具体的
仕組み化について議論

■「在宅医療ワーキンググループ」（略称：在宅WG）の参画主体

青葉区医師会、歯科医師会、薬剤師会	区内病院 市ヶ尾カリヨン病院、青葉さわい病院、たちばな台病院 横浜新都市脳神経外科病院、横浜総合病院
青葉区メディカルセンター	
区内在宅療養支援診療所 （4箇所）	事務局 青葉区福祉保健センター、横浜市健康福祉局 ㈱東急電鉄、㈱メディヴァ

「ケア部会」及び「在宅WG」の開催日程と各回討議テーマ

■ 「ケア部会」は下記スケジュールで全6回の会合を開催。
※2012年10月に、アドバイザリーである東大IOG辻哲夫特任教授による在宅ケア総論の講演勉強会を実施

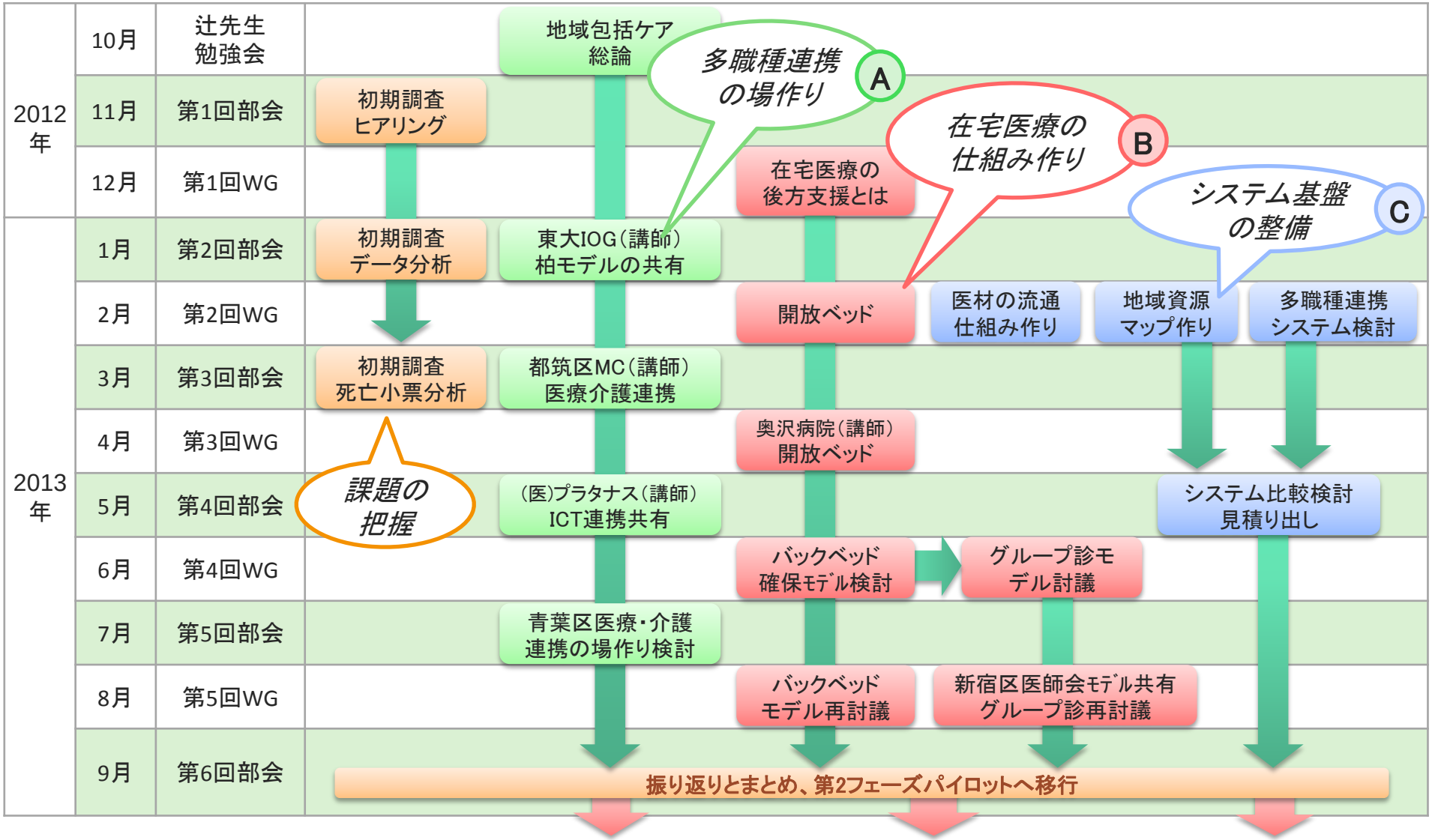
部会	日時	テーマ
（プレ部会）辻先生勉強会	2012/10/31（金）	東大IOG特任教授、元厚労事務次官辻先生による地域包括ケア総論の講演
第1回部会	2012/11/30（金）	基本方針の決定、初期調査第1部（定性）の共有
第2回部会	2013/1/25（金）	東大IOG後藤氏をゲストに、柏市における地域包括ケアシステム構築に取り組みの紹介
第3回部会	2013/3/15（金）	都筑医療センター吉井氏をゲストに、医療介護連携について討議、初期調査第2部（定量）の共有
第4回部会	2013/5/24（金）	桜新町アーバンクリニック遠矢先生をゲストに、在宅多職種のICT連携について討議
第5回部会	2013/7/26（金）	医療・介護の顔の見える場作りの具体化（次年度以降の展開含む）へ向け討議
第6回部会（最終回）	2013/9/20（金）	全体振り返り、まとめ

■ 「在宅WG」は隔月開催の「ケア部会」の合間に、計5回開催。

在宅WG	日時	テーマ
第1回WG	2012/12/12（水）	在宅後方支援病院の取り組み、市ヶ尾カリヨン病院谷村院長より紹介
第2回WG	2012/2/22（金）	開放型病床について、横浜新都市脳神経外科連携室佐藤様より紹介、地域の医材流通システムについて
第3回WG	2013/4/ 26（金）	開放型病床と地域における在宅後方病院のあり方について、奥沢病院松村院長をゲストに討議
第4回WG	2013/6/28（金）	青葉区版バックベッド確保モデル構築へ向け、事例紹介とディスカッション
第5回WG	2013/8/23（金）	青葉区版グループ診療の仕組み作りへ向け、事例紹介とディスカッション

年間検討テーマのレビュー　～初期調査共有と、3つ(A B C)の大テーマの検討～

■ 部会、WGの各会合を通じ、地域包括ケアに関わる様々な論点がテーマとして浮上、討議されました。



目次

I. ケア部会（第1フェーズ）の概要

II. 2025年の青葉区在宅ケア需要の予測

- ケア部会では討議を有意義なものにするため、キックオフに先立ち初期調査を実施しました。
- ヒアリング調査による現状課題の整理を行うとともに、
  2025年までにどれだけの在宅医療ニーズが発生し、その現時点とのギャップはどの程度あるのか？
  数値として提示することで、メンバーの問題意識と討議への主体的参画を喚起しました。
- ここでは初期調査の一部をご紹介します。

III. ケア部会の主要検討事項

IV. 第2フェーズ以降の展開と、現時点での総括

部会キックオフ時に、初期調査として定性・定量調査を行った

ヒアリング調査で青葉区在宅ケアの現状課題を整理し、データ分析調査から将来発生する需要とのギャップの把握を行った。

Ⅰ. 質的把握（ヒアリング調査）

- 2012年9～10月に、青葉区の医療・介護関係者14名へのヒアリングを実施しました。

【 抽出された課題の一覧 】

A） 在宅医療を担う**医師の不足**、及び在宅医療の**バックベッドの不足**
B） 介護の草の根ネットワークが既にある（強み）。しかし課題解決・仕組みづくりの場としての機能は持たず（また、医療・介護の**顔の見える場作りは不十分**）
C） 地域の医療介護**資源のシステム的集約・一元化が不十**分、活用しきれていない
D） 青葉**区民の在宅への認識・信頼感が希薄**（都心の病院志向）

Ⅱ. 定量的把握（データ分析調査）

1. 公開統計データに加え、「死亡小票（死亡診断書）」のデータを開示請求・分析し、現状の青葉区の看取りを中心とする医療の供給状況と、2025年の需要予測を行い、そのギャップを定量的に把握しました。

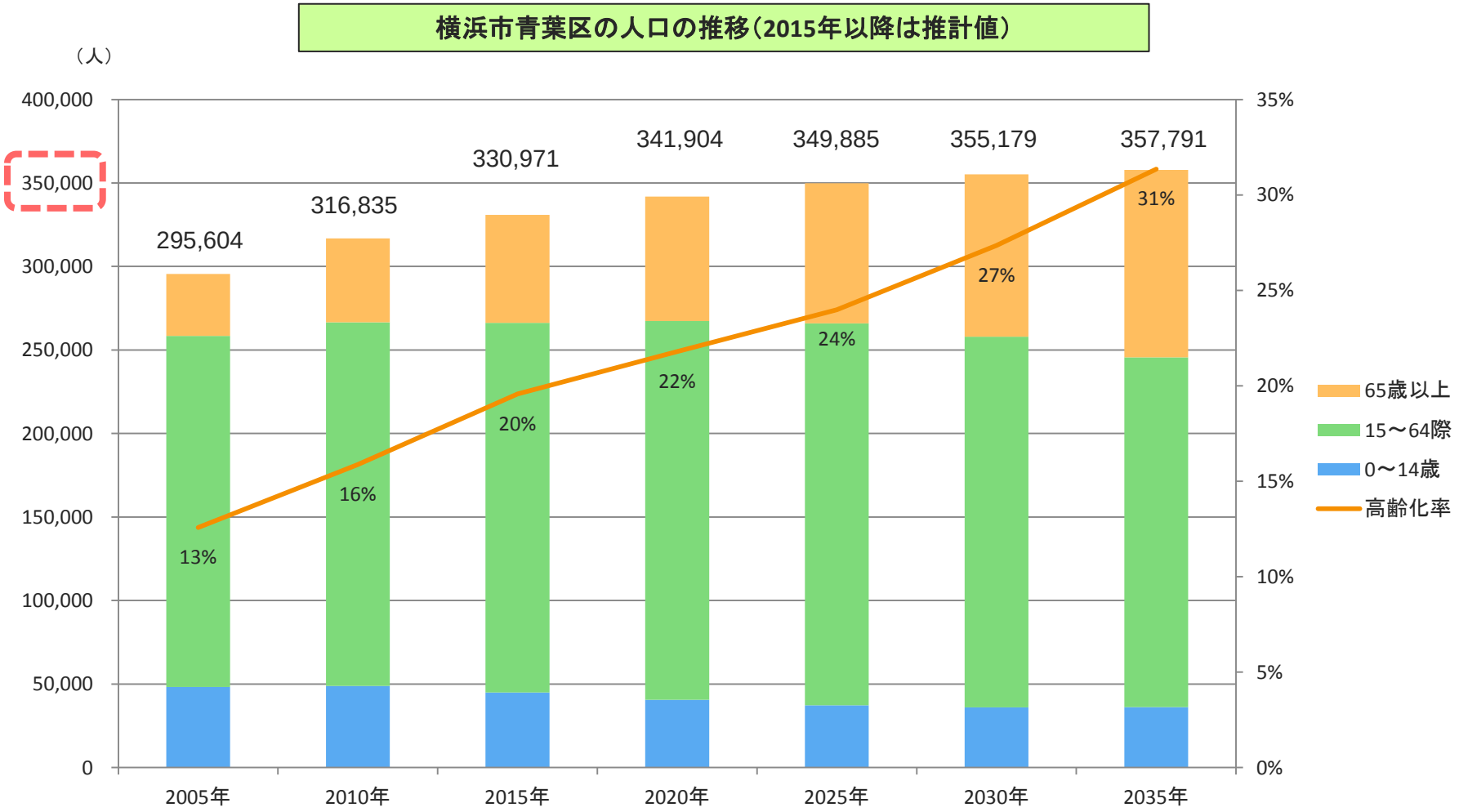
【 2025年までに何が起こるのか？ 】

次ページ以降で
いくつか分析チャートを
ご紹介します

- 2025年の青葉区の**死亡者数は年間3000人超、現在の2倍弱となる**（2011年の1.86倍）
- 病床規制等で病院での看取りが頭打ちとなり、**在宅看取りの増加率はより大きい「3.5倍」に**
- 2025年に青葉区内の在支診が対応しなければならない在宅（施設＆自宅）看取りの数はおよそ**900人規模**
- 在宅看取り900人時代に対応するためには、特化型＆併用型の**在支診の増加**、及びグループ診や訪問看護ステーションの充実、外来医の在宅スキルアップ等、**質的な向上も必至**となる

（参考1）青葉区の人口は現在も増加傾向にあり、今後35万人の大台に乗る

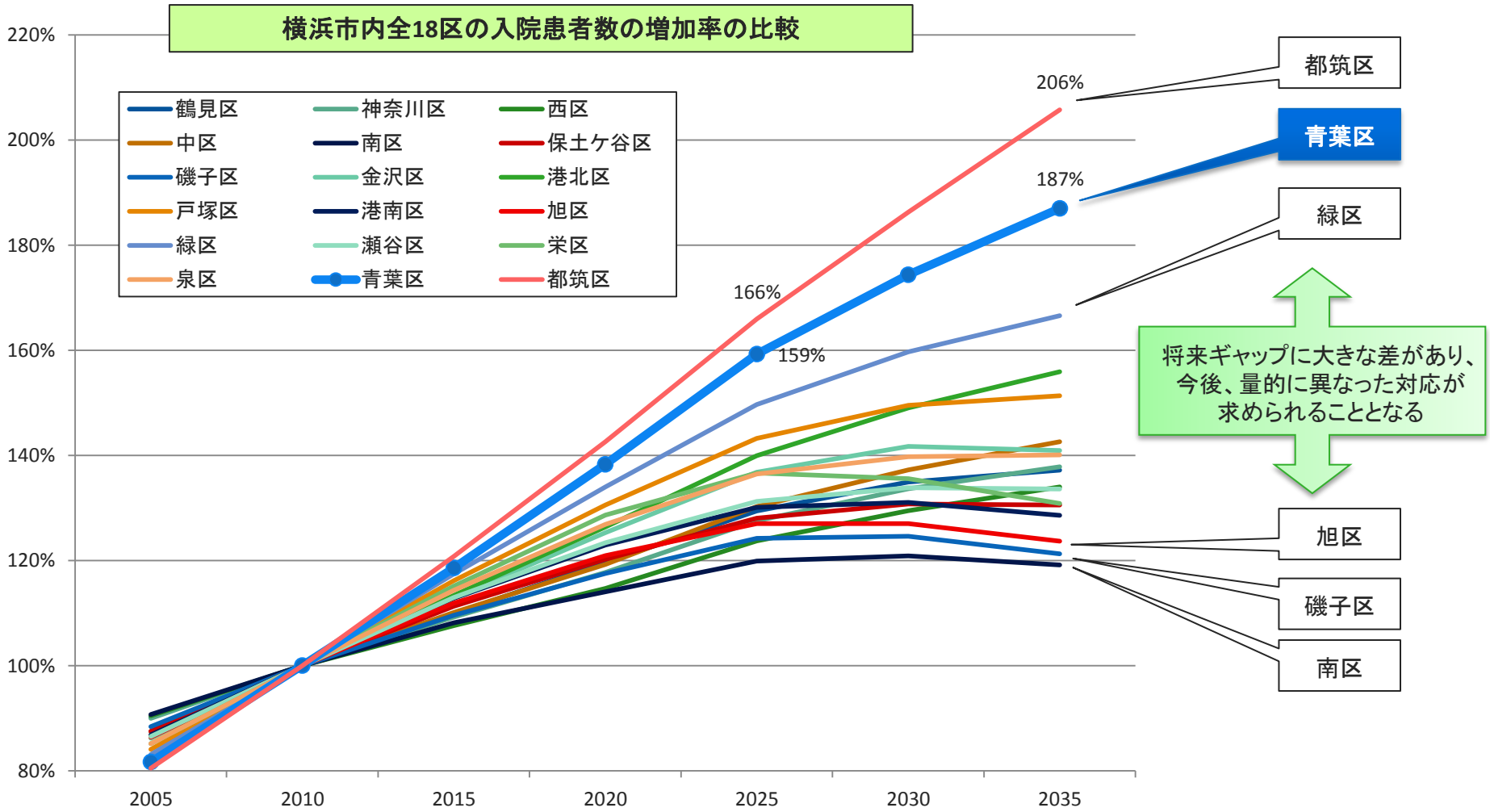
■ 2025年には高齢化率24%、4人に1人が高齢者となる。 2035年には高齢化率が30%を超える



※国立社会保障・人口問題研究所『日本の市区町村別将来推計人口』（平成20年12月推計）

（参考2）横浜市北部と南部では、医療需要の伸び方が全く異なる

■ 旭区・磯子区・南区等では入院患者数は2025年で頭打ちとなるが、都筑区・青葉区・緑区では伸び続ける

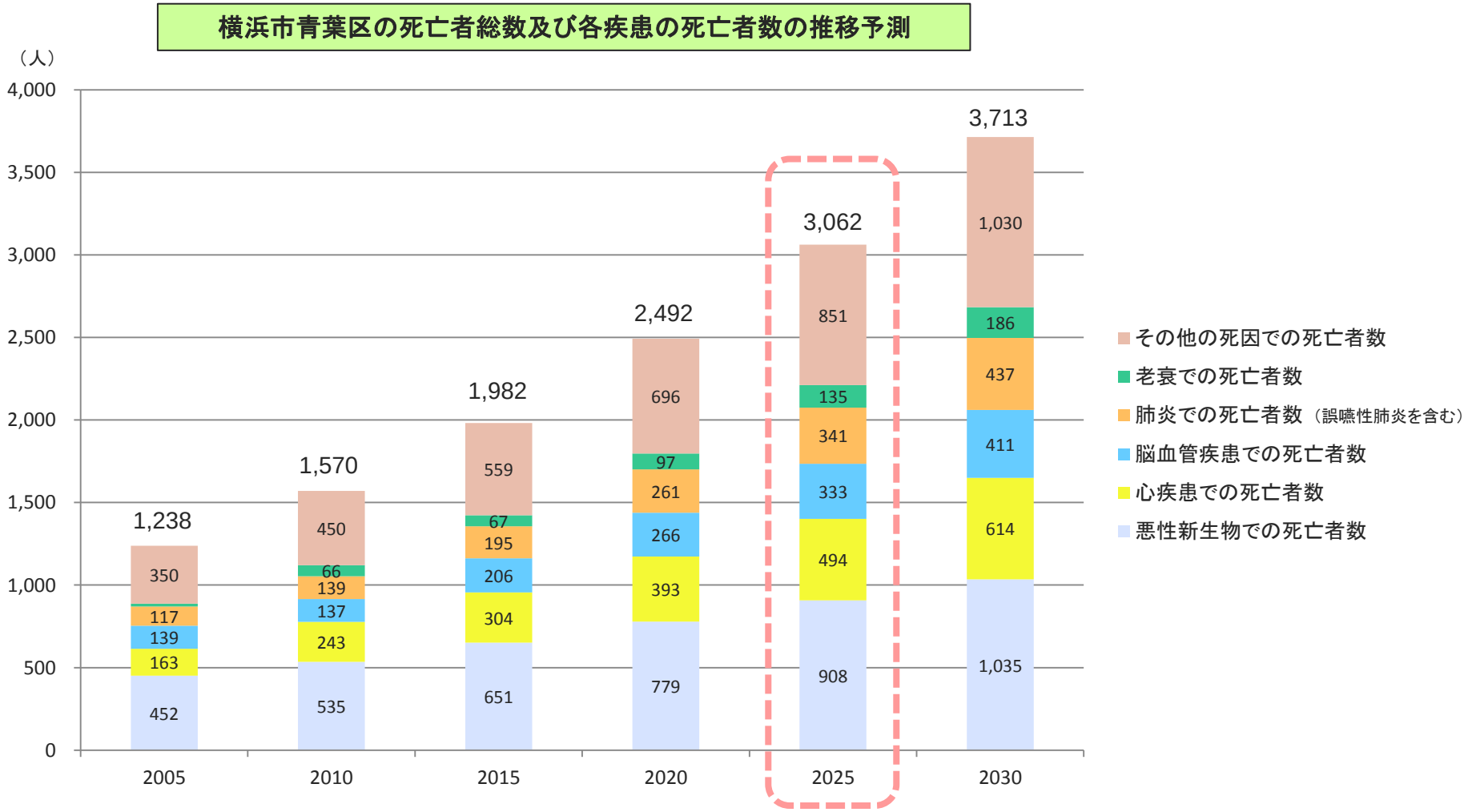


※参考：横浜市人口動態統計資料、厚生労働省患者調査より推計

【患者数予測の推計ロジック】
年齢階級別外来/入院受療率（都道府県） × 市区町村別将来推計人口（年齢階級別）

（参考3）2025年の青葉区の年間死亡者数は現在の2倍弱、3000人を超える

【死亡者数の推計ロジック】
青葉区各死因の年齢階級別平均死亡率（過去5年間実績の平均値） × 青葉区将来推計人口（年齢階級別）



※参考：国立社会保障・人口問題研究所H20年12月推計の市区町村別男女5歳階級別データから推計

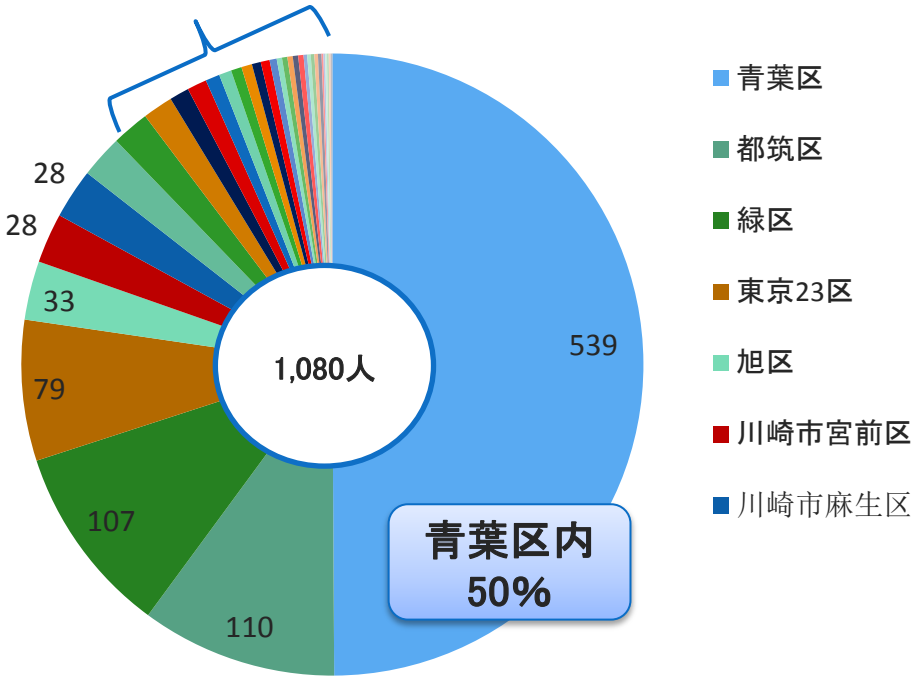
（参考4）死亡小票を分析にかけ、現在の青葉区の看取りの実態を明らかにした

- 2011年の青葉区民の全死亡小票にアクセスし、死亡場所×死因といった様々な切り口から分析にかけた
- 下記はその分析結果の一部抜粋。

医療期間での死亡者 1,080人に関し、看取った病院のエリア分布

単位：（人）

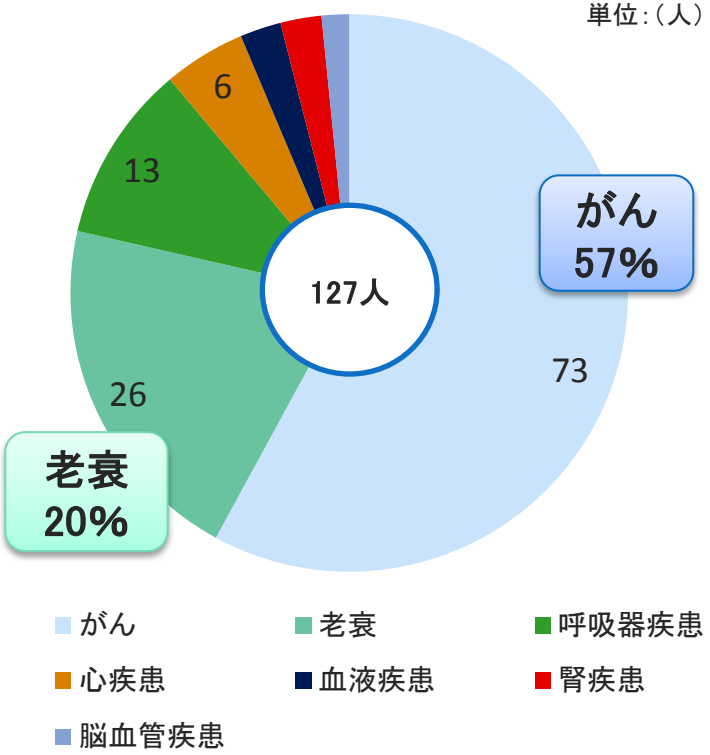
- 町田や湘南、千葉等、残りは多岐に渡る



- 医療機関で死亡した方のうち、約半数が青葉区内の医療機関によって看取られている

自宅看取りの死亡者数 127人の死因内訳

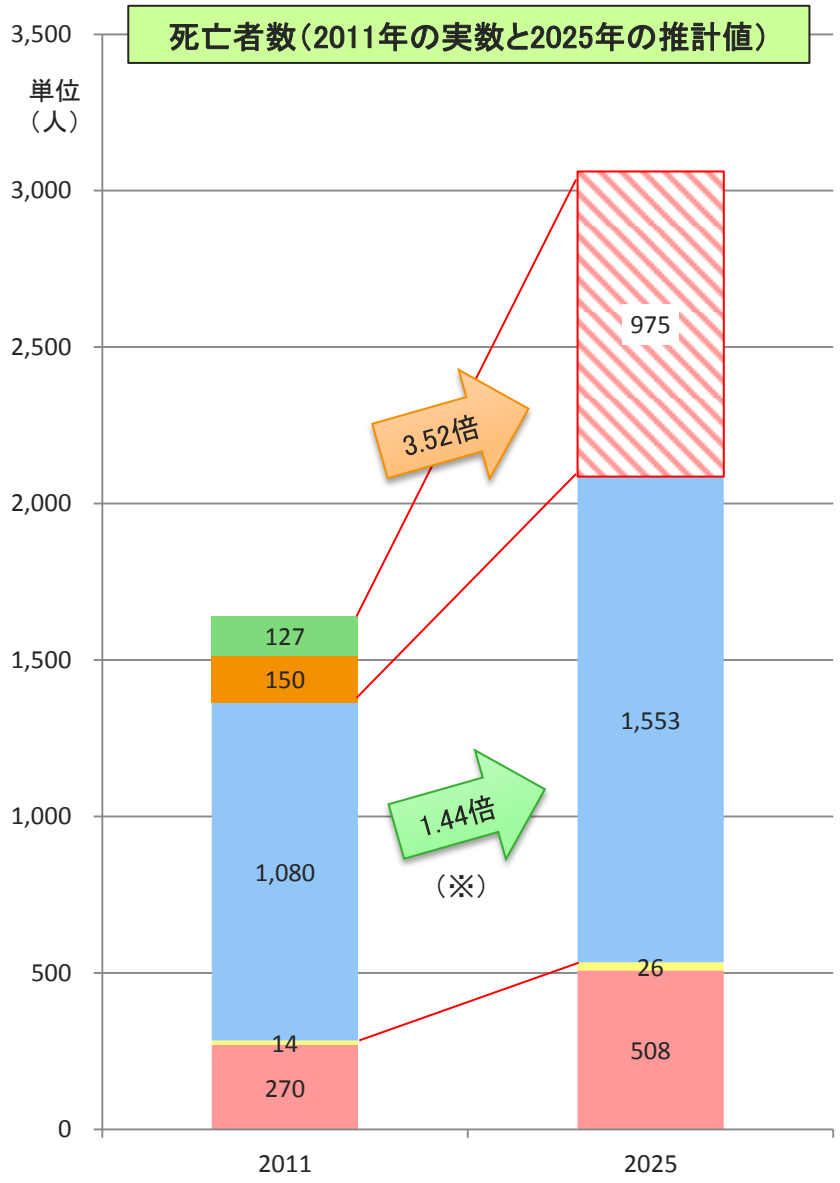
単位：（人）



- 自宅看取りの大半はがんと老衰
  - ✓ がんが6割弱
  - ✓ 老衰が2割

横浜市青葉区人口動態調査死亡小票データを元に作成（2011年）

（参考5）2025年の青葉区在宅看取りに必要なキャパ拡大は、現状の「3.5倍」！



■ 青葉区の死亡小票分析と、死因別死亡者数の予測から、

- 団塊世代が後期高齢者となる2025年に、死亡者数のボリュームが単純に増加（2倍弱）するだけでなく、
- その増加が医療機関での看取り能力の限界を超え、在宅看取りへと流れこみ、
- 結果的に、**在宅看取りの増加は約3.5倍に膨らむ**、ということが推計された。

～意味合い～

- 区外のクリニックによる看取りを考慮しても、
- 2025年には青葉区内の在支診で、**区民約900人の在宅看取りをカヴァーしなければならない**

（※）全日本病院協会「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」より、1病床あたりの年間平均看取り人数を1名と設定し現状の1.25倍、さらに病床数微増によるキャパ増大の1.15倍を掛け、病院見取りのキャパ拡大は1.44倍と仮定した。

グラフ参考：横浜市青葉区人口動態調査死亡小票（2011年）をもとに作成

（参考6） 在宅看取り900人時代に必要な、青葉区在支診の体制は？

■ 2025年、在宅看取り（施設＆自宅）**900人の時代へ**

《実現へ向けた2つのパターン》

	在宅医療に集中・特化したクリニック	午前外来、午後在宅、バランスをとって診療するクリニック	普通の外来クリニックだが、自分の患者さんを何名か往診（非在支診含む）
	年間40名の在宅看取り	年間10名の在宅看取り	年間2名の在宅看取り
在支診体制パターンA 【内科クリニック総動員パターン】 ※152クリニック動員 青葉区内の全内科クリニックが在宅にそれぞれ可能なレベルで関わる必要あり	特化型（在宅メイン）6箇所	併用型（外来・在宅）46箇所	外来型（外来メイン）100箇所
看取り	240名 ＋	460名 ＋	200名
在支診体制パターンB 【在宅専門クリニック牽引パターン】 ※94クリニック動員 特化型在支診が8箇所展開、併用型・外来型在支援の不足を補完する	特化型（在宅メイン）12箇所	併用型（外来・在宅）32箇所	外来型（外来メイン）50箇所
看取り	480名 ＋	320名 ＋	100名

目次

I. ケア部会（第1フェーズ）の概要

II. 2025年の青葉区在宅ケア需要の予測

III. ケア部会の主要検討事項

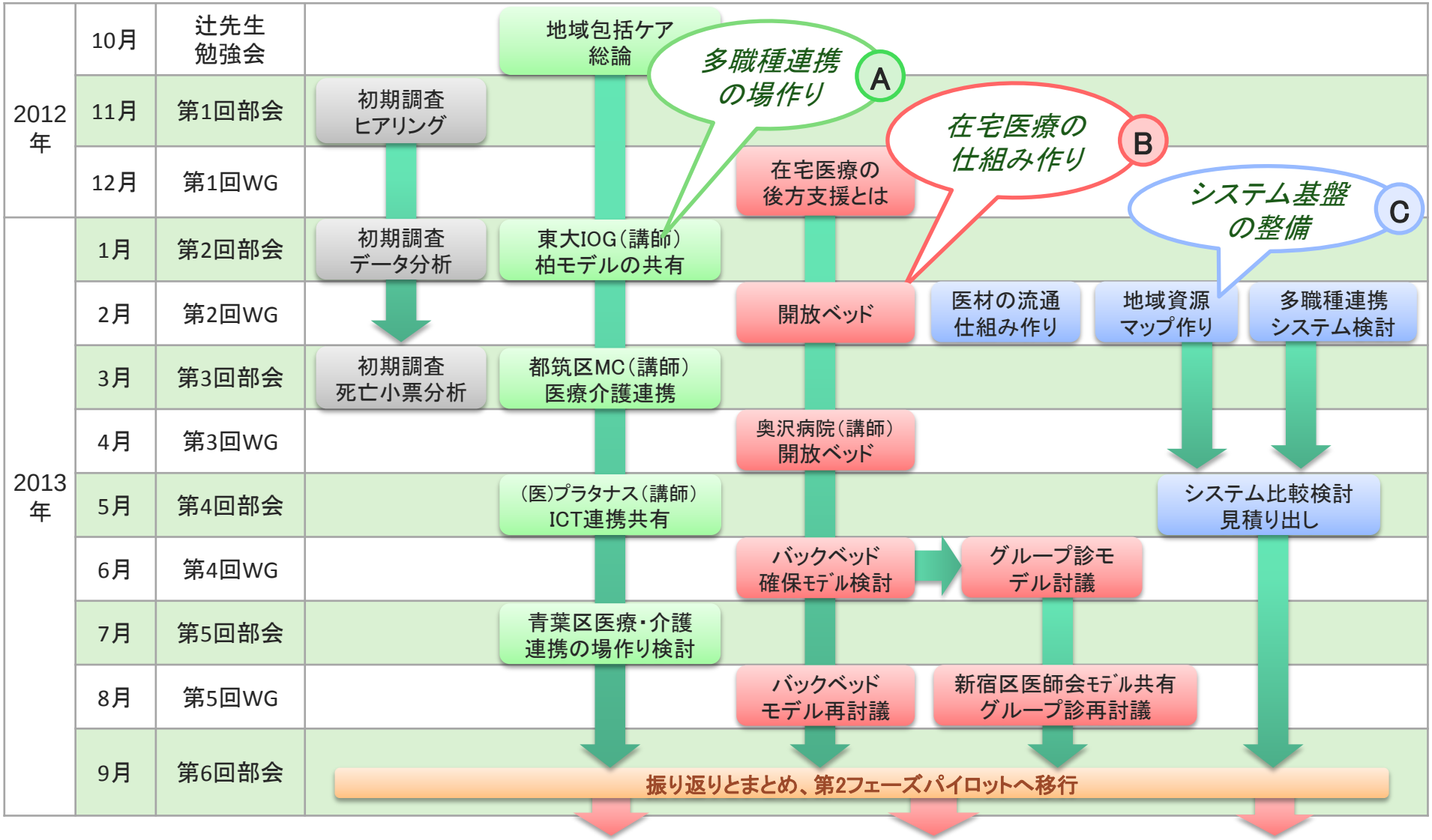
- ケア部会第1フェーズでは、大きく分けて
  - A) 多職種連携の場づくり
  - B) 在宅医療の仕組みづくり
  - C) システム基盤の整備

  の3つのテーマついて討議が進み、具体的な仕組み化へ向けた道筋がつきました。
- ここではそれらのテーマの進捗状況を概説するとともに、
  それらの具体化の先にある地域包括ケア「あおばモデル」の概要をご説明します。

IV. 第2フェーズ以降の展開と、現時点での総括

部会で検討された3つの大テーマの進捗と論点整理

■ 以降のページで、A・B・Cそれぞれのテーマについて、部会での検討の進捗を簡単にご説明します。



青葉区が事務局となった「医療・介護連携の場作り」へと結実

A 多職種連携の場作り

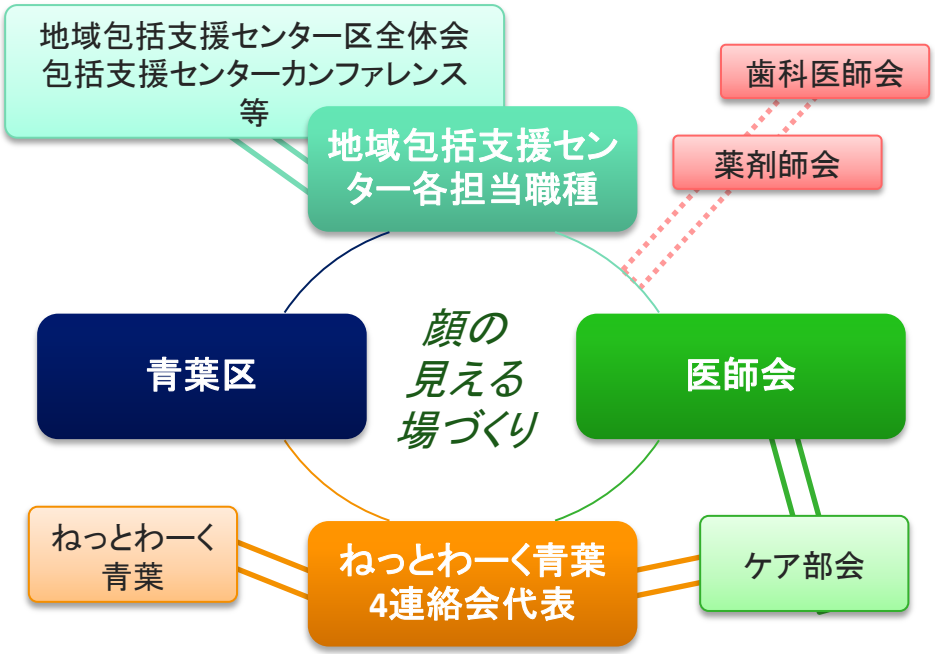
～課題～
医療・介護関係者の間に（心理的）な壁があり、医師会と介護ネットワーク間で有機的な連携がなかなか取れない・・

ケア部会での討議の結果・・

行政・青葉区が事務局を担い、
「ねっとわーく青葉」「医師会」「地域包括支援センター」（今後歯科医師会、薬剤師会も参画予定）による
“医療・介護連携の顔の見える場づくり”がキックオフ！

【青葉区 “医療・介護連携の顔の見える場づくり” とは？】

- 医療・介護の参加者がざっくばらんに集まり・学び合うことで、より有機的な多職種連携の土台（顔の見える関係）を形成
- 2013年9月から準備会フェーズ（毎月開催）がスタート、青葉区役所での討議やその後のインフォーマルな場での議論を通じ、「そもそもレベル」からの忌憚ない交流を進め、メインフェーズで展開する多職種連携の事業計画を策定しています。



～区が主導し、医療・介護のネットワークのハブとして機能～

～2014年度の施策案と、中長期の目標イメージ～

短期

まずは2014年度から、これらの各種連携施策を検討・実施し、地域として顔の見える場の醸成を進める

- 多職種間相互理解を深めるセミナー？
- 事例検討を通じた相互交流イベント？
- 課題抽出・解決のワークショップ？
- 多職種が協働で取組める具体的な作業？

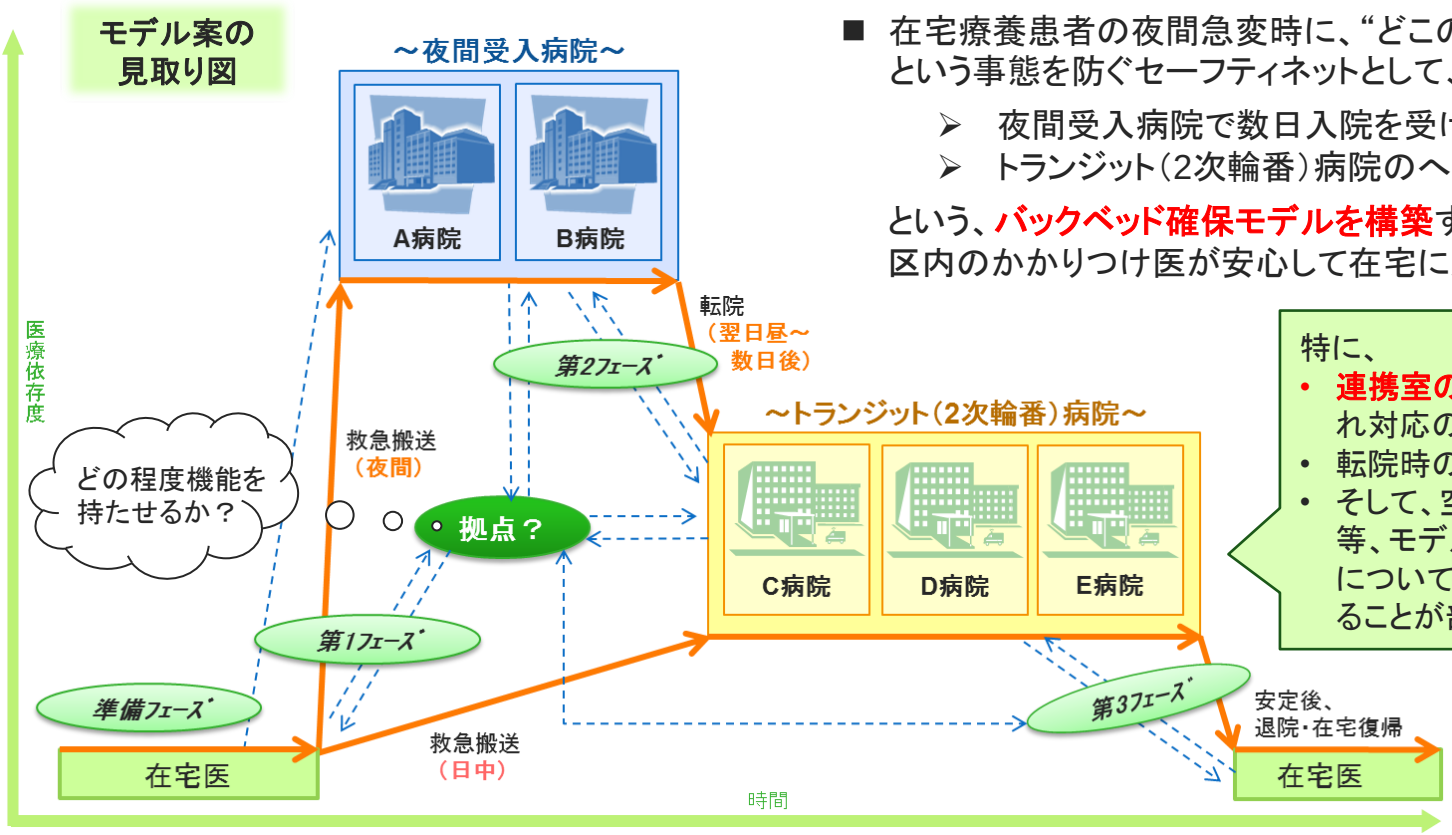
等々・・・

中長期

青葉区として**患者（利用者）を起点とした最適な多職種連携のモデル（行政の関与含む）**を構築する。その上で、そのモデルに必要なケアカンファレンスの仕組み化、連携システム、その土台となるエリア単位での顔の見える連携の実現方法等を考案・稼働させる。

在宅医療の後方支援ベッドを確保する仕組みづくりへ動き出し

B-1 在宅医療の仕組みづくり



■ 在宅療養患者の夜間急変時に、“どこの病院にも受けてもらえない”という事態を防ぐセーフティネットとして、

- 夜間受入病院で数日入院を受け入れ、その後、
- トランジット（2次輪番）病院のへ転院

という、**バックベッド確保モデルを構築**する方向性で調整。
区内のかかりつけ医が安心して在宅に乗り出せる基盤を整備します。

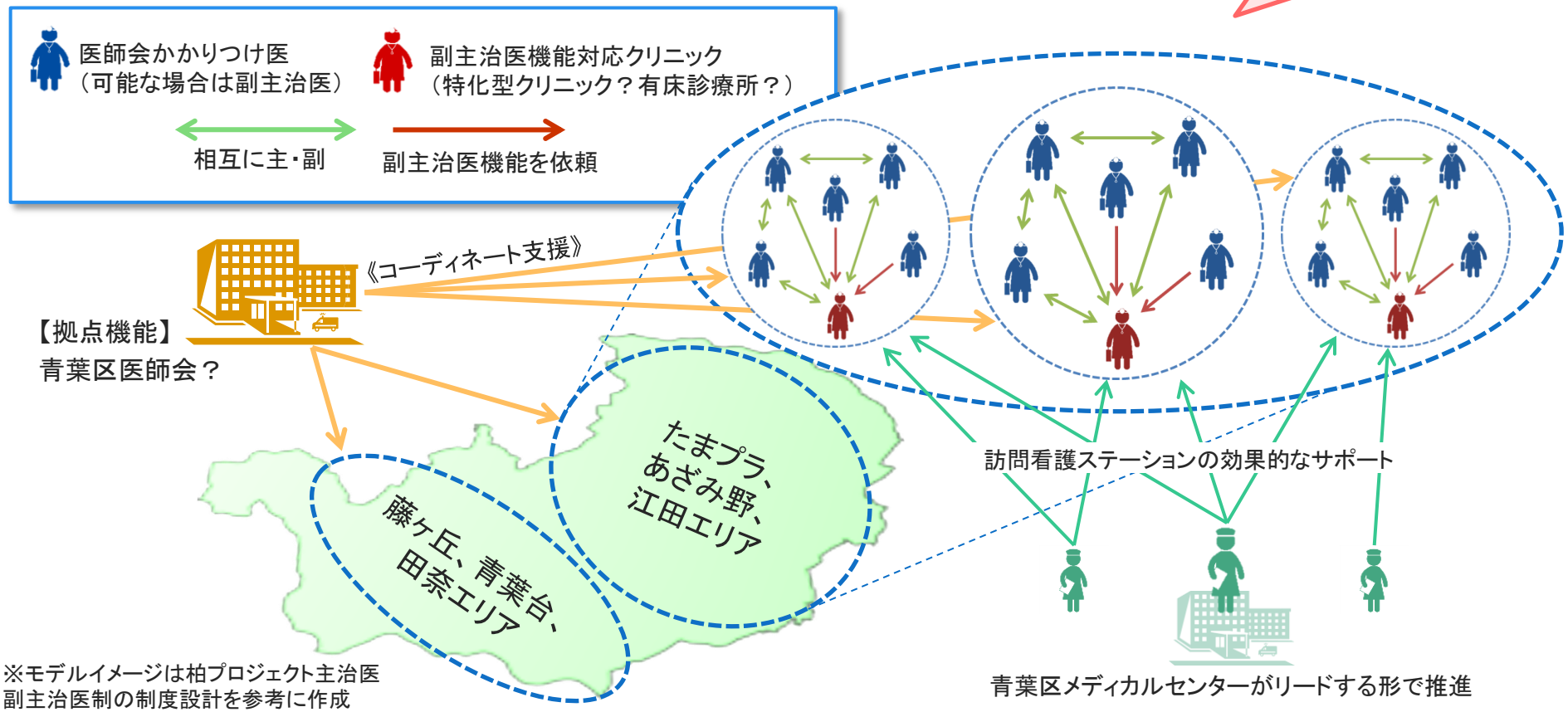
特に、
- **連携室の土日休み期間**における受け入れ対応の取り扱い、
- 転院時の治療方針統一用**パスの作成**
- そして、空床状況把握や転院先の決定等、モデル全体を管轄する**拠点の機能**について、今後具体的議論が必要になることが部会討議を通じてわかりました。

【 青葉区版“バックベッド確保モデル”の構築へ向けて 】

- 一旦仕組みづくりに参画する病院間で最低限のルールを策定した上で、一部の**モデル登録患者によるパイロット稼働をクローズドな形で行い**、その中で最適な拠点機能のあり方等の具体的論点を詰めていきます
  （来期拠点事業予算の有無も織り込みながら検討を進める）
- 今後の検討は青葉区医師会、在宅医療介護保険委員会内ワーキンググループ（2013年11月から月1回ペースで）にて推進していきます。

在宅医の負担を軽くする「グループ診」の仕組み化も検討開始

B-2 在宅医療の仕組みづくり



※モデルイメージは柏プロジェクト主治医副主治医制の制度設計を参考に作成

【 グループ診“あおばモデル”の構築へ向けて 】

- 2025年の青葉区在宅療養&看取りニーズの増加に対応するために、区内の一馬力診療所が互いに連携しながら、特化型在支診がサポートを行う、青葉区版グループ診療の仕組み作りが求められています。
- 部会では柏市や新宿区医師会のモデルを参照・比較しながら、**「グループ診あおばモデル」の構築を検討**していく方向性が定まりました。
- バックベッドモデルと同様、医師会在宅医療介護保険委員会内ワーキンググループにて検討を推進していきます。

地域資源マップと多職種連携クラウドシステムを構築します

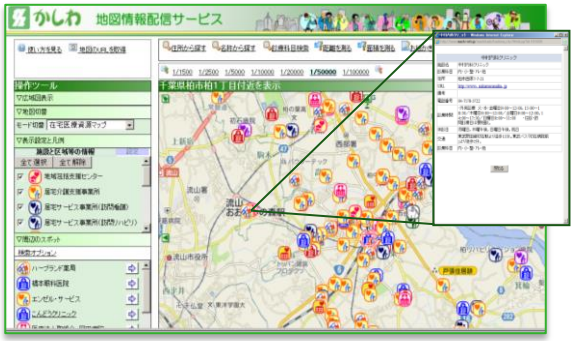
C システム基盤の整備

■ 部会討議を通じ、地域包括ケアをサポートする2つのシステム構築を進めることになりました。

① 青葉区地域包括ケアに関わる“地域資源マップ”の構築

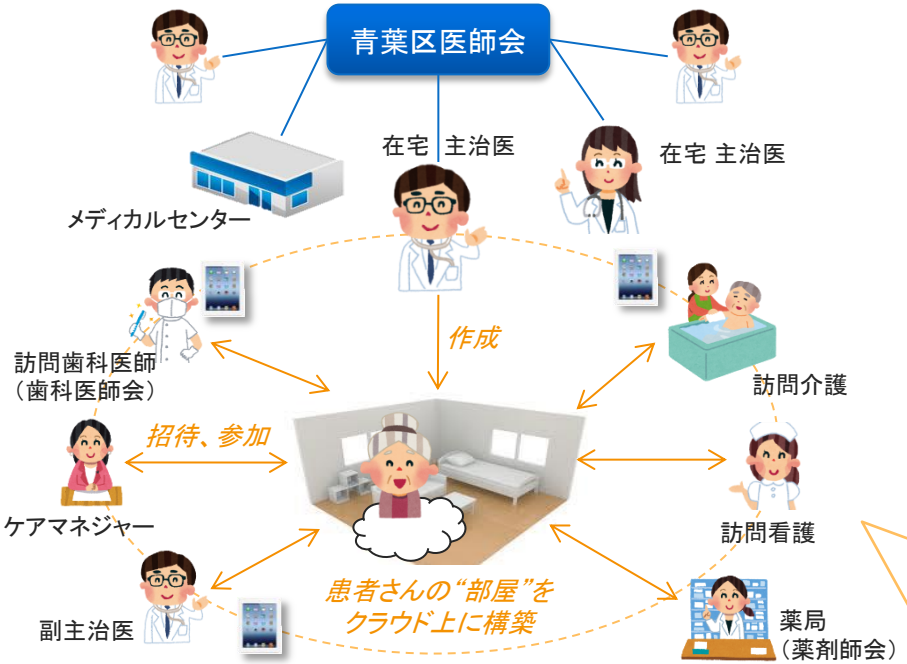
- ヒアリングからも、地域資源の一元化、レビュー化へのニーズを確認。
- 「顔の見える場づくり」で多職種地域資源マップ作りWS等を行い、その成果をマップに反映させる等、多職種連携からのボトムアップ型のコンテンツ構築を想定。
- 部会第2フェーズでの構築を目指す方向で合意。

※柏プロジェクトにおける地域資源MAP



～多職種連携クラウドシステムの稼働イメージ～

医師会（予定）で地域としてアカウントを導入、クラウド上にある患者毎の“連絡ノート”を多職種が何時でも見ることができます。
チームケアの質向上を目指します。



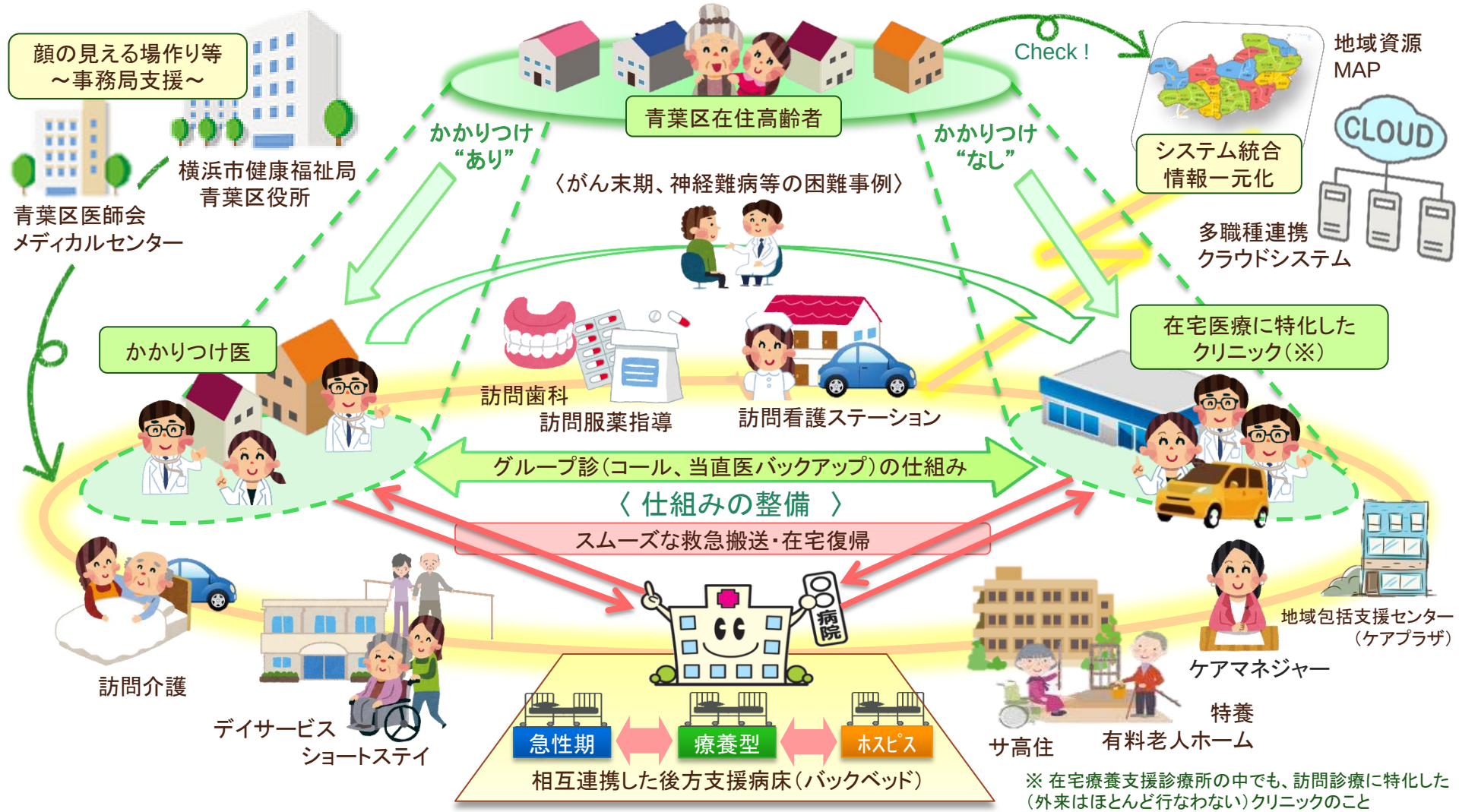
② 多職種連携クラウドシステムの構築

- 第4回部会では（医）プラタナスのICT連携事例を共有化
- その後多職種連携クラウドシステムの大手ベンダーの比較検討デモを実施する等、「あおばモデル」に適したシステムの選定へ向け調整中
- 導入後は青葉区メディカルセンターを中心にパイロットを稼働させ、その後青葉区全域へ利用事業者を拡大、地域の多職種連携のシステム基盤を整備していく予定です
- 資源MAPと同様、部会第2フェーズでの構築を目指します。

多職種連携クラウドシステムは、様々な端末からアクセスが可能です。
これまで患者宅に置かれていた連絡ノートが、どこからでも確認・書き込みができるようになります。

これらのプロジェクトの推進を通じ、在宅医療を軸とした地域包括ケア「あおばモデル」を構築することを目指します！

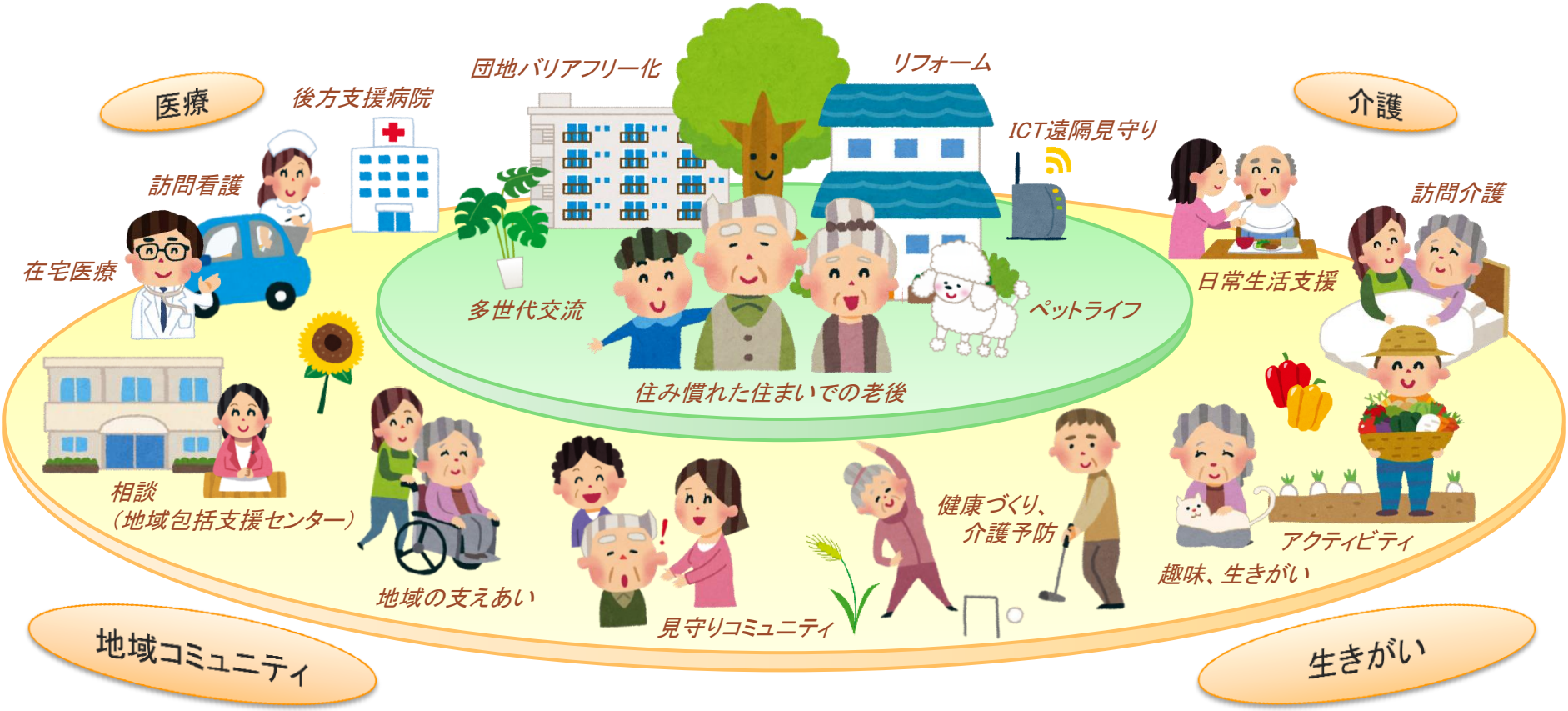
- 部会キックオフから5年後、2017年度までに構築を目指す、
  自分らしく活き活きとした高齢期の安心の基盤となる、青葉区民の暮らしのインフラとしての地域包括ケア「あおばモデル」。
- 2014年度以降の横浜市在宅医療連携拠点事業の実施区候補として、この「あおばモデル」推進を位置づけていきます。



※ 在宅療養支援診療所の中でも、訪問診療に特化した（外来はほとんど行なわない）クリニックのこと

「あおばモデル」は広い意味での地域包括ケアシステム全体を射程に据えています

- 区民一人ひとりの目線から見た地域包括ケアシステムを図解しました。
- 住み慣れた自宅での生活を、「健康維持と生きがい」、「支え合いのコミュニティ」、「適切な医療・介護サービス」が支えています。



地域包括ケア「あおばモデル」は、在宅医療・介護連携の仕組み作りだけではなく、中長期的には、「支え合いの地域コミュニティ」や「高齢期の生きがいづくり」まで、広く地域社会全体を射程に据えたプロジェクトとして推進されていきます。

目次

I. ケア部会（第1フェーズ）の概要

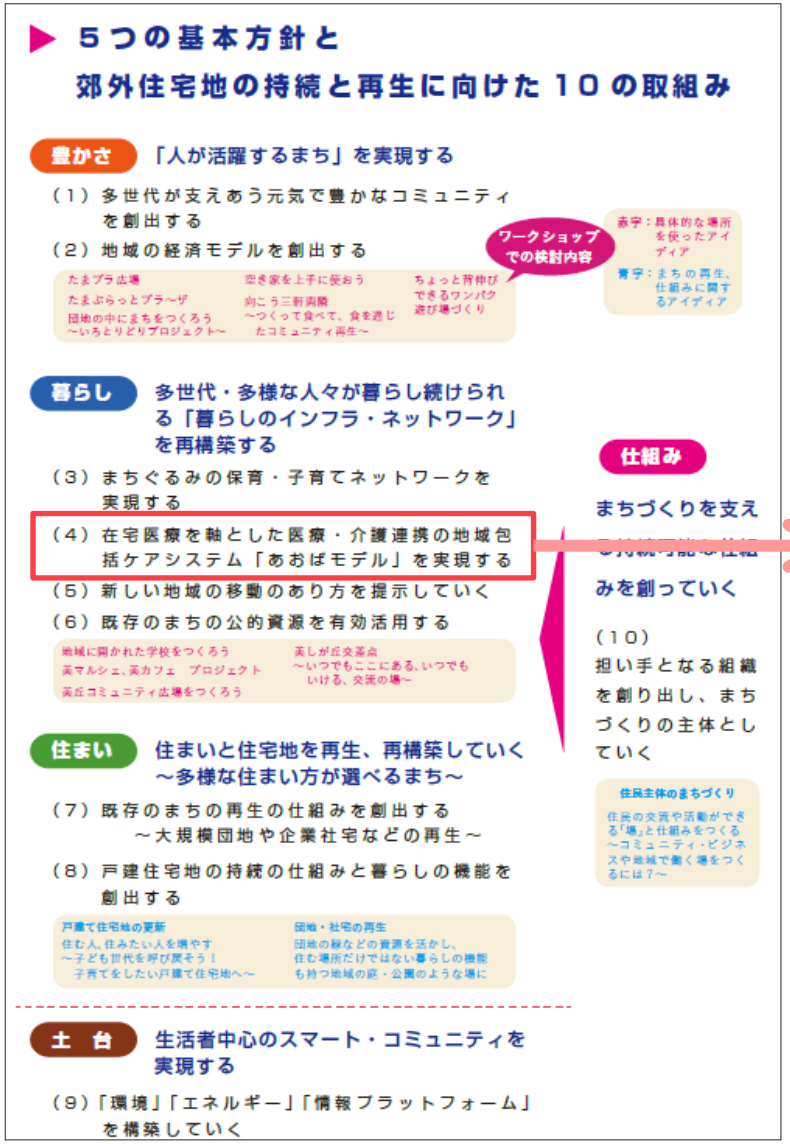
II. 2025年の青葉区在宅ケア需要の予測

III. ケア部会の主要検討事項

IV. 第2フェーズ以降の展開と、現時点での総括

- ケア部会第2フェーズではここで示す7つのパイロットプロジェクトを推進していくことで、地域包括ケア「あおばモデル」を具体化していきます。
- また、事務局を担当した株式会社メディヴァによる総括を付記しました。

次世代郊外まちづくりの取り組み目標に、「あおばモデル」構築が位置づけられました



※構想書（概要版）pp6

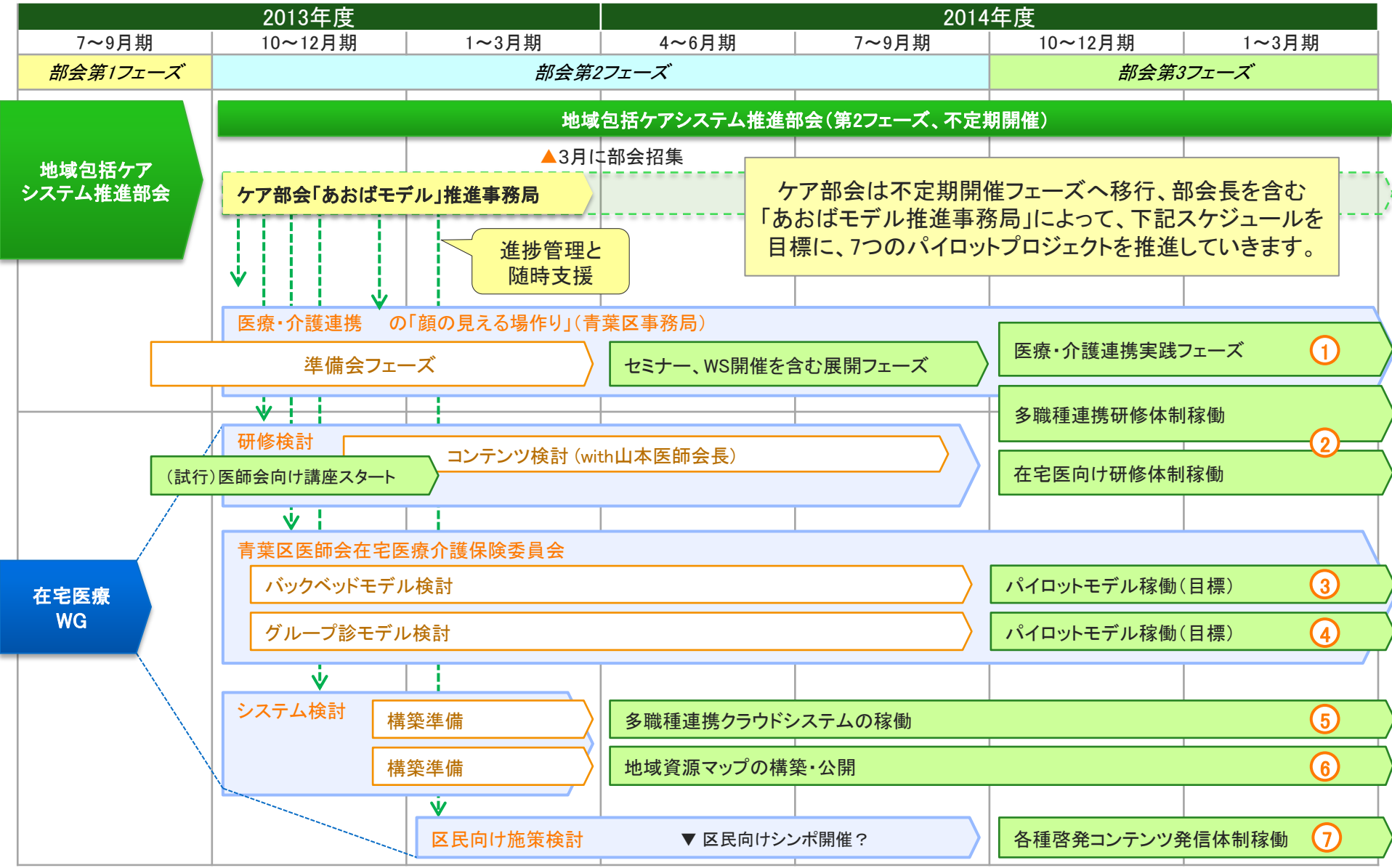
2013年6月取りまとめ「次世代郊外まちづくり」プロジェクト全体の基本構想書（表紙）

- 次世代郊外まちづくり10の取り組みの1つとして「あおばモデル」の構築が位置づけられました。
- 構築へ向け、部会第2フェーズで下記**7つのパイロット・プロジェクト**を推進する旨を構想書にも明記しました。

～7つのパイロット・プロジェクト～

1. 医療・介護連携の「顔の見える場づくり」*（青葉区事務局）*
2. 在宅医療リソースの増加へ向けた普及活動*（在宅多職種研修）*
3. 在宅患者向け病床確保の仕組みづくり*（バックベッド）*
4. 在宅医同士のサポート体制のモデルの検討*（グループ診）*
5. 医療・介護の地域資源マップづくり
6. 在宅医療・ケアを実現する多職種連携の情報システムの検討
7. 地域住民への啓発活動や情報提供、相談窓口の検討

部会第2フェーズ以降のロードマップ（7つのパイロットモデル①～⑦ の推進計画）



ケア部会初年度の総括と、今後の「あおばモデル」構築へ向けて （前編）

◆ ケア部会初年度1年間の開催を終え、現時点での総括と、今後2017年度を目標とした地域包括ケア「あおばモデル」の構築へ向けた展望をまとめました。

a. *青葉区の立ち位置*

- 2025年問題に直面する東京郊外エリアの中でも、青葉区は**在宅医療需要の将来ギャップ**が非常に大きくなる、まさしく**「現行のけアシステムの延長線上の対策」では対処できない地域**の代表例であることが初期調査から明らかになった。このままでは在宅医療のリソースが地域のボトルネックとなることが推定される。
- 一方**介護（看護含む）**に関しては、区内リソースは**比較的充実**し、介護事業者同士の連携も取れている地域であることも明らかとなった。
- このため青葉区においては、いかに需要に応じた**在宅医療リソースの整備・仕組みの構築を行い、介護系職種ネットワークとの連携**をとりながら地域包括ケアシステムを構築していくか、が課題であるといえる。
- 「あおばモデル」は高度成長期に急速に住宅地として開発が進んだ**郊外エリア**における地域包括ケアの**ひとつの解**として、全国的に参照される取り組みとしていきたい。

b. *組織的側面*

- 本部会では、在宅医でもあった部会発足時の医師会長の強力な働きかけによって、当初から**医師会や区内病院を主体的に巻き込んだ**討議やモデル作りが進んだ。
- 課題だった既存の介護系職種ネットワークと医療系ネットワークの関係性の希薄さは、**青葉区行政主導**の「顔の見える場作り」の設置によって大きく一歩を踏み出す事となり、医療・介護（地域包括支援センター含む）・行政3者が主体的に参画する、**地域が主体となった多職種連携体制へ**の道筋が開けた。
- 逆に今後の課題は、まだ在宅になじみの薄い外来中心の**医師会員をいかにして巻き込むか**、である。 9月の医師会における「在宅医療セミナー」は当課題に対応するためのトライアルであり、この点は今後、第2フェーズでの重要な論点になると思われる。

ケア部会初年度の総括と、今後の「あおばモデル」構築へ向けて （後編）

c. 「あおばモデル」構築へ向けて

- 第2フェーズ7つのパイロットモデルのうち、医師会・在宅医療介護保険委員会で集中的に検討される下記2点（バックベッド＆グループ診）は特に重要である。
- バックベッドモデルは、区内5つの病院の参画によって実証実験の方向性が見えた。この仕組みで在宅医増加のボトルネック解消の道筋がつけられれば、「あおばモデル」構築の大きな推進力となるだろう。
- 一方グループ診モデルはまだ具体的イメージが合意できていないが、「あおばモデル」の中核的課題であると言える。在宅看取りが大幅に増加する青葉区で、**在宅医療に参加するかかりつけ診療所の増加、訪問看護ステーションや特化型在支診を効果的に組み込んだグループ診モデルの構築**を目指したい。
- そのために必要な**多職種の情報連携システム**についても現在検討が進んでおり、システムの実際の稼働で区内事業者を巻き込んでいく中で、グループ診の議論と具体化がより促進されることを期待したい。

d. 青葉区民へのアプローチ

- 区民向けの「地域資源マップ」は構築へ向けた検討が開始されている。しかし、**強い都心病院志向**があり必ずしも地域にかかりつけ医を持たない青葉区の区民意識へのアプローチは、部会第1フェーズでは課題には上がるものの、具体的な施策へ向けた議論には至らなかった。**広報チラシやシンポジウムの開催**等、区民意識の啓発に向けた論点は、第2フェーズの検討課題となるだろう。
- 「あおばモデル」の構築は一義的には在宅医療を軸とした医療・介護連携のシステムだが、その土台となるコミュニティへのアプローチも重要となる。
- 団地型・都市型のコミュニティとはまた違う、居住年数や世帯形態、住み替えニーズ等も把握・加味した**郊外住宅地型のコミュニティアプローチ**を織り込んだ、地域としての広義の「あおばモデル」検討も、今後必要となってくることが予想される。

横浜市青葉区「医療・介護連携の地域包括ケアシステム推進部会」
～地域包括ケア「あおばモデル」構築へ向けて～
－ 初年度（第1フェーズ）の部会開催概要と今後の展望に関わる報告書 －